DWS-ESD 114AR-SP
Rev. 07/2013

Estado de Utah
Department of Workforce Services

AUTORIZACIÓN DE REVELAR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

D02914001830101

Nombre del Cliente	Nº de Seguro Social	Nº de Caso	Fecha de Nacimiento

Yo _____entrego a:
(Cliente o Representante Autorizado)

_____ la autoridad para:
(Nombre de persona u organización)

(marque sólo una casilla)

☐ Recibir información de Medicaid, CHIP, UPP, PCN o la Opcion de Pago (Buyout) que tenga que ver con mi solicitud y caso actual o de un caso reciente, denegación o cierre de caso. Esta autorización es efectiva desde la fecha en que este formulario de autorización es firmado hasta que cualquiera de los siguientes ocurra primero:

- **La siguiente fecha: _____; O**
- **La solicitud médica sea denegada*; O**
- **Hasta 30 días después del mes en que el programa médico sea cerrado*.**

*Si la solicitud es denegada o el caso se cierra, la autorización de compartir la información del caso continúa a través del proceso de audiencia imparcial (fair hearing).

☐ Hablar o actuar en mi nombre como un representante autorizado, lo cual incluye recibir información de elegibilidad de Medicaid, CHIP, UPP, PCN o la Opcion de Pago (Buyout) que tiene relación con mi caso actual o de un caso reciente, denegación o cierre de caso. Esta autorización es efectiva desde la fecha en que este formulario de autorización es firmado hasta que el Department of Workforce Services reciba una notificación por escrito para revocar los permisos concedidos.

_____
Dirección y Número de Teléfono del Representante Autorizado

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una notificación escrita al Department of Workforce Services (DWS). Entiendo que una revocación no es efectiva tanto que el Department of Health, mediante su Division of Medicaid and Health Financing (DMHF) o DWS han usado y confiado en la información de salud ya divulgada o compartida.

Entiendo mis derechos y responsabilidades descritas en la Notificación de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices). Para conseguir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad, visite el sitio de Internet - http://health.utah.gov/hipaa/privacy.htm.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. También entiendo que DWS no me puede denegar elegibilidad para los beneficios si me niego a firmar la autorización.

Entiendo que el entregar a una persona autoridad de representante autorizado significa que le estoy permitiendo actuar en mi nombre, lo cual incluye hacer cambios a mi caso médico y que cualquier cambio que hagan, yo sigo siendo responsable si ocurre un sobrepago.

Entiendo que una vez que la información se divulga de acuerdo a esta autorización, es posible que ya no esté protegida por la leyes de privacidad médica y podría ser divulgada o compartida por la agencia que la reciba.

Nota: DMHF y DWS no comparten documentos controlados sin consentimiento de sus departamentos legales.

Al firmar este formulario, Yo reconozco que se me ha entregado una copia de esta autorización firmada.

_____/_____
Firma del Cliente, Custodio o Representante Autorizado — Fecha

Si es firmado por otra persona que no es el cliente, una descripción de la autoridad de servir: _____

_____

Programa/Empleador No Discriminatorio

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al 801-526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162